

介護報酬 算定の手引

目次

第1章 介護保険のしくみ

1 「介護を社会で支えあう」介護保険制度の骨格	2
2 サービスをうけるには「認定」が必要	5
3 サービス提供にあたってのケアマネジメント	8
4 基準にもとづくサービスの提供	11
5 単位数表により介護報酬を算定し、月単位で請求	14
6 平成30年度からの制度・報酬改正	17

第2章 ケアマネジメント

1 在宅の要介護者に対するケアマネジメント	20
2 要支援者に対する介護予防ケアマネジメント	41

第3章 サービス事業者による在宅サービスの提供

1 基準にそった適切なサービスの実施	46
2 サービス提供時に利用者からうけ取る利用料等	51
3 サービス提供の留意点	58

第4章 介護報酬の算定と請求

1 単位数表等の基本的なしくみ	102
2 各サービスに共通・関連する介護報酬の事項	108
3 各サービスの介護報酬	114
4 介護報酬の請求と支払	190

第5章 地域支援事業の概要

1 新しい地域支援事業への改正	206
2 総合事業における介護予防ケアマネジメント	210
3 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスの提供	216
4 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスの費用等	224

付録 「介護報酬の解釈」の実例	232
-----------------	-----

第1章 介護保険のしくみ

1 「介護を社会で支えあう」介護保険制度の骨格	2
1 超高齢社会における介護保険制度の必要性	2
2 40歳以上が被保険者、うち要介護者・要支援者にサービスを提供	3
3 さまざまなサービスを原則1割（2・3割）負担で	4
2 サービスをうけるには「認定」が必要	5
1 要介護5～1と要支援2・1の7段階に区分	5
2 被保険者による申請から要介護・要支援認定までの流れ	6
3 サービス提供にあたってのケアマネジメント	8
1 ケアマネジメントで利用者を専門的な立場から支援	8
2 適切な給付管理もケアマネジメントの重要な一面	10
4 基準にもとづくサービスの提供	11
1 「指定」をうけた事業者がサービスを提供	11
2 指定基準は国の基準をふまえ自治体が条例で定める	12
3 「現物給付」と「償還払い」の2方式の保険給付	13
5 単位数表により介護報酬を算定し、月単位で請求	14
1 単位数×1単位の単価で介護報酬を算定	14
2 単位数表におけるさまざまなルール	15
3 「介護報酬」は月単位で請求し、支払いをうける	16
6 平成30年度からの制度・報酬改正	17
1 介護保険制度改正の概要	17
2 平成30年介護報酬改定の概要	18

1 「介護を社会で支えあう」介護保険制度の骨格

- ◎介護保険制度は、介護や社会的な支援を必要とする人が、尊厳を持って自立した日常生活を営めるように、必要なサービスをうけられることを目的としています。
- ◎市町村が運営主体（保険者）となり、40歳以上の人全員加入する（被保険者となる）、社会保険制度のひとつであり、被保険者が支払う保険料と、公費が財源です。
- ◎介護保険が提供する給付（サービス）には、おもに「介護給付」と「予防給付」があり、本書ではこれらのサービスと、その費用である介護報酬のしくみを主に解説しています。

1 超高齢社会における介護保険制度の必要性

近年、日本では、人口の高齢化にともない、寝たきりや認知症などにより、介護を必要とする人が急速に増加しています。

また、介護を行う期間の長期化などもあり、介護をめぐる課題は老後の生活において大きな不安要因となっています。

こうした背景から、市町村※1を保険者（保険制度の運営主体）とする介護保険制度が、平成12年度からスタートしました※2。

介護保険制度では40歳以上の人全員加入し、保険料を払います。介護や社会的な支援が必要となった人（要介護者・要支援者）に対しては、能力に応じて自立した日常生活を営めるように、必要なサービスが提供されます（保険給付）。保険給付に必要な費用は、保険料と公費からまかなわれます（サービスを利用した人も費用の一部を負担します）。

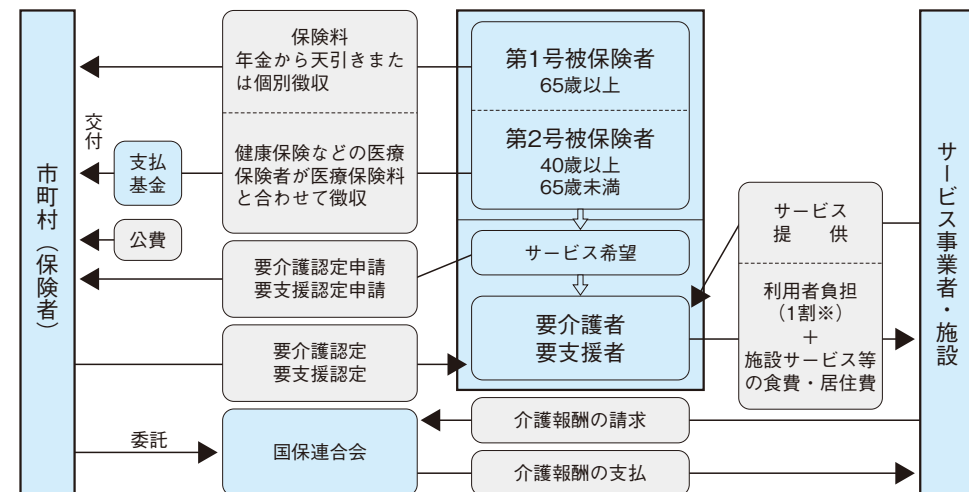
このように、介護保険は、いざ介護が必要となった場合でも、個人の負担を軽減し、広く社会で支えあうしくみ（社会保険※3）です。

※1 特別区（東京23区）も含まれます。

※2 介護保険制度の根拠となる介護保険法は、平成9年12月17日に公布され、平成12年4月1日に施行されています。

※3 社会で支えあうために、公的な自治体が保険者になっています。また、本人の意思にかかわらず、条件にあてはまる人は全て被保険者になり、保険料を払います。

◆介護保険制度の基本的なしくみ



※一定以上所得者は2割、平成30年8月以降現役並み所得者は3割（→P52参照）

2 40歳以上が被保険者、うち要介護者・要支援者にサービスを提供

介護保険の被保険者は、65歳以上の「第1号被保険者」と40歳以上65歳未満の「第2号被保険者」に分けられます。

介護保険のサービス（保険給付）を利用できるのは、被保険者のうち、要介護者あるいは要支援者として保険者（市町村）から認定を受けた人に限られます。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	その市町村に住所がある40歳以上の人	
	65歳以上の人	40歳以上65歳未満で、医療保険に加入している人 医療保険とは、健康保険、国民健康保険などの公的医療保険をいう
受給権者※	要介護者・要支援者	初老期認知症などの、老化を原因とする疾病（特定疾病）によって要介護者・要支援者になった人
保険料の額の決め方	市町村ごとに定める所得段階別定額制	医療保険者ごとによる
保険料の徴収方法	市町村が徴収 年金額が一定額以上の人は年金から天引き、それ以外は個別に徴収（口座振替等）	医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括して納付→納付金全体を交付金として、各市町村に交付（分配）

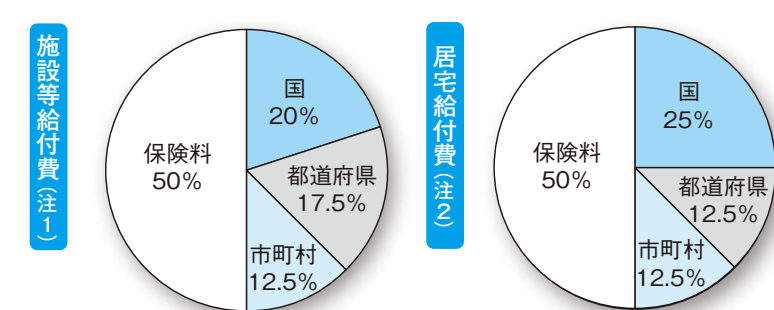
※「受給権者」とは、介護保険による給付を受けることができる人をさします。なお、「要介護者」「要支援者」については、P5参照。

●介護保険の財政—保険料と公費

介護保険制度を運営するための財源は、被保険者から支払われる保険料と、被保険者の保険料負担が過大なものにならないよう、公費によってまかなわれています。

保険料と公費の負担割合は、それぞれ50%ずつとなっています。

◆介護保険の費用負担割合



（注1）施設等給付費とは、都道府県知事が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設に係る給付費。

（注2）居宅給付費とは、施設等給付費以外の給付費。

※介護保険制度では、保険給付の円滑な実施が確保されるよう、3年を一期として、国では基本指針を、都道府県と市町村ではそれぞれ基本指針にもとづいた計画を定めています。なお、保険料における第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、その計画期間ごとに見直されており、平成30～32年度（第7期計画期間）ではそれぞれ23%、27%となっています。

3 さまざまなサービスを原則1割（2・3割）負担で

介護保険の保険給付（サービス）には、要介護者に対する介護給付、要支援者に対する予防給付があります。これは介護保険法で内容が決まっています、全国共通で実施されるものです。

要介護者や要支援者は、サービスにかかった費用の1割※1を、サービスを提供した事業者を支払うだけですみ、残りの費用は介護保険から、事業者を支払われます。

このほか、市町村特別給付※2があります。これは、市町村が条例を定めて独自に実施するもので、寝具乾燥サービスなどがあります。

さらに、保険給付ではありませんが、地域支援事業（P206参照）や保健福祉事業が制度として定められています。これらは要介護者・要支援者に限らず、広く被保険者あるいは介護を行っている家族を対象に行われます※3。

※1 一定以上所得者は2割、平成30年8月以降現役並み所得者は3割。

※2 市町村によって内容が異なりますので本書ではとりあげません。本書では介護給付と予防給付をあわせて「保険給付」と呼ぶこととします。

※3 一例として介護を行っている家族の相談にのる事業などがあります。

◆「介護給付」「予防給付」の対象となるサービス

要介護者に対する介護給付		要支援者に対する予防給付	
都道府県が指定・監督	◎居宅サービス 【訪問サービス】 ○訪問介護 ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○通所介護 ○通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売		◎介護予防サービス 【訪問サービス】 ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○介護予防通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○介護予防短期入所生活介護 ○介護予防短期入所療養介護 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売
	◎施設サービス ○介護老人福祉施設 ○介護療養型医療施設 ○介護老人保健施設 ○介護医療院		
	◎居宅介護支援		
市町村が指定・監督	◎地域密着型サービス ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）		◎介護予防支援 ◎地域密着型介護予防サービス ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
	その他 ○住宅改修		○住宅改修

※「指定・監督」などについては、P11～、P46～参照

2 サービスをうけるには「認定」が必要

◎介護保険によるサービスを利用しようとする人（被保険者）は、「要介護」または「要支援」の認定をうける必要があります。

◎認定には有効期間があり、有効期間が過ぎても要介護・要支援状態にあると見込まれる場合は認定の更新を行います。認定の有効期間は、原則、新規で6か月、更新で12か月です。

◎認定の申請は市町村に対して行います。認定調査員が行う一次判定と介護認定審査会が行う二次判定の結果により、要介護度が決定されます。

1 要介護5～1と要支援2・1の7段階に区分

多くの人が費用を負担し、支えあっていく介護保険制度では、サービスが必要な人を明確に特定して、適切に制度が運営される必要があります。そのような、サービスの必要性を判断するのが「認定」です。

「認定」には「要介護認定」と「要支援認定」があり、それぞれ介護や支援の必要度に応じて、要介護5～1と要支援2・1※1に区分されます。「要介護」に該当した人は要介護者として「介護給付」の対象となるサービスを、また、「要支援」に該当した人は要支援者として「予防給付」の対象となるサービスをうけられます※2。

●有効期間の後の更新認定、期間内の変更認定

「認定」には有効期間が定められており、有効期間がすぎてもその状態にあると見込まれる場合は、更新の認定をうけることができます。また、有効期間内に現在の「認定」の区分に該当しなくなったときは、申請により変更の認定をうけることもできます。

※1 表記の順番は、介護の必要性が高い人から順番になるよう列記しています。

※2 要介護・要支援に該当しなかった場合でも、「地域支援事業」によるサービスをうけられることがあります(第5章参照)。

■認定の有効期間と、期間の短縮・延長

初回の認定と区分の変更にかかる認定の場合、有効期間は6か月です。これは認定の申請日から数えられ、申請日が月の途中だった場合は、その月と、その後の6か月が有効期間となります。

更新の認定の場合は、前回の有効期間満了日の翌日から12か月ですが、更新の際に、状態不安定による要介護1の場合は、6か月以下の期間に設定することが適当です。

そのほか、市町村は必要と認められる場合に、有効期間を原則より短く定めたり、逆に長く定めたりすることが可能です。

これらをまとめると、以下の表のとおりです。

申請区分等		原則	設定できる範囲
更新申請	新規申請（初回認定）	6か月	3か月～12か月
	区分変更の申請	6か月	3か月～12か月
	前回要支援→今回要支援	12か月	3か月～36か月
	前回要支援→今回要介護	12か月※	3か月～36か月※
	前回要介護→今回要支援	12か月	3か月～36か月
	前回要介護→今回要介護	12か月※	3か月～36か月※

※状態不安定による要介護1の場合は、6か月以下の期間に設定することが適当です。

2 被保険者による申請から要介護・要支援認定までの流れ

「認定」では、被保険者が市町村の窓口申請してから、認定調査員が行う認定調査などの結果（一次判定）と、介護認定審査会※1が行う審査・判定（二次判定）を経て、決定（要介護5～1、要支援2・1または非該当＝自立）が行われます（下図参照）※2。

この一連の手続にかかる期間は、特別な事情がある場合を除いて、原則として30日以内です。

●認定調査と主治医意見書にもとづく一次判定

一次判定では、市町村の職員もしくは委託された法人・事業所の担当者（認定調査員）による、観察・聞き取りにもとづく調査（認定調査）と、主治医の意見書により要介護度を判定します。

●介護認定審査会による二次判定

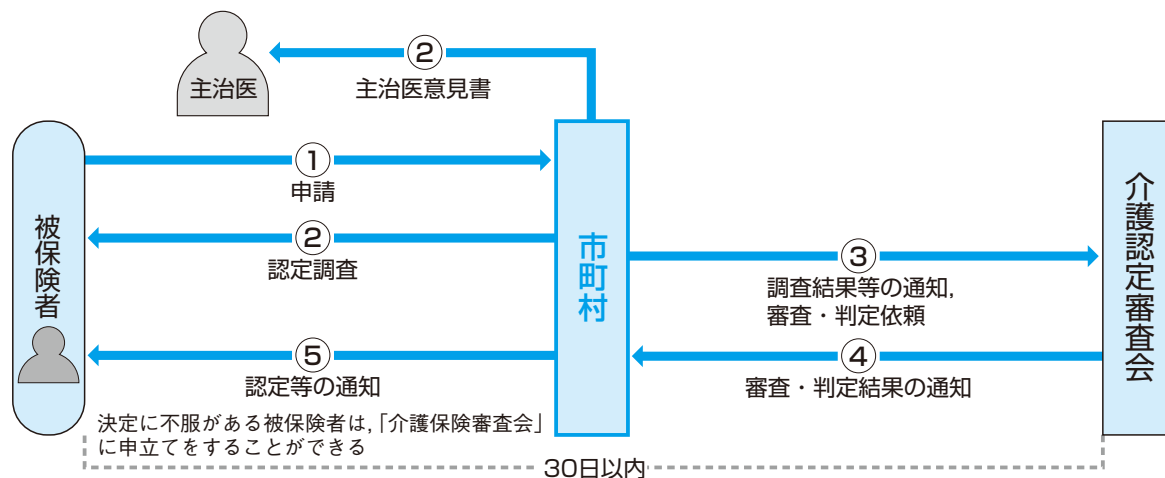
介護認定審査会では認定調査における特記事項や主治医意見書の内容をふまえた総合的な判断（二次判定）を行います。

この二次判定では、①一次判定の修正・確定、②介護の手間にかかる審査判定、③状態の維持・改善可能性にかかる審査判定（要支援2・要介護1を対象）により、要介護・要支援状態区分（または非該当）を確定します※3。

●認定審査会の意見とその活用

介護認定審査会では必要に応じて、①認定有効期間の原則からの短縮・延長、②要介護状態の軽減・悪化防止のために必要な療養、③サービスの有効利用のための留意事項について意見をすることができ、市町村は意見にもとづいて、利用者がうけられるサービス種類の指定が行えます（次頁の図参照）。

◆要介護・要支援の申請から認定までの概要

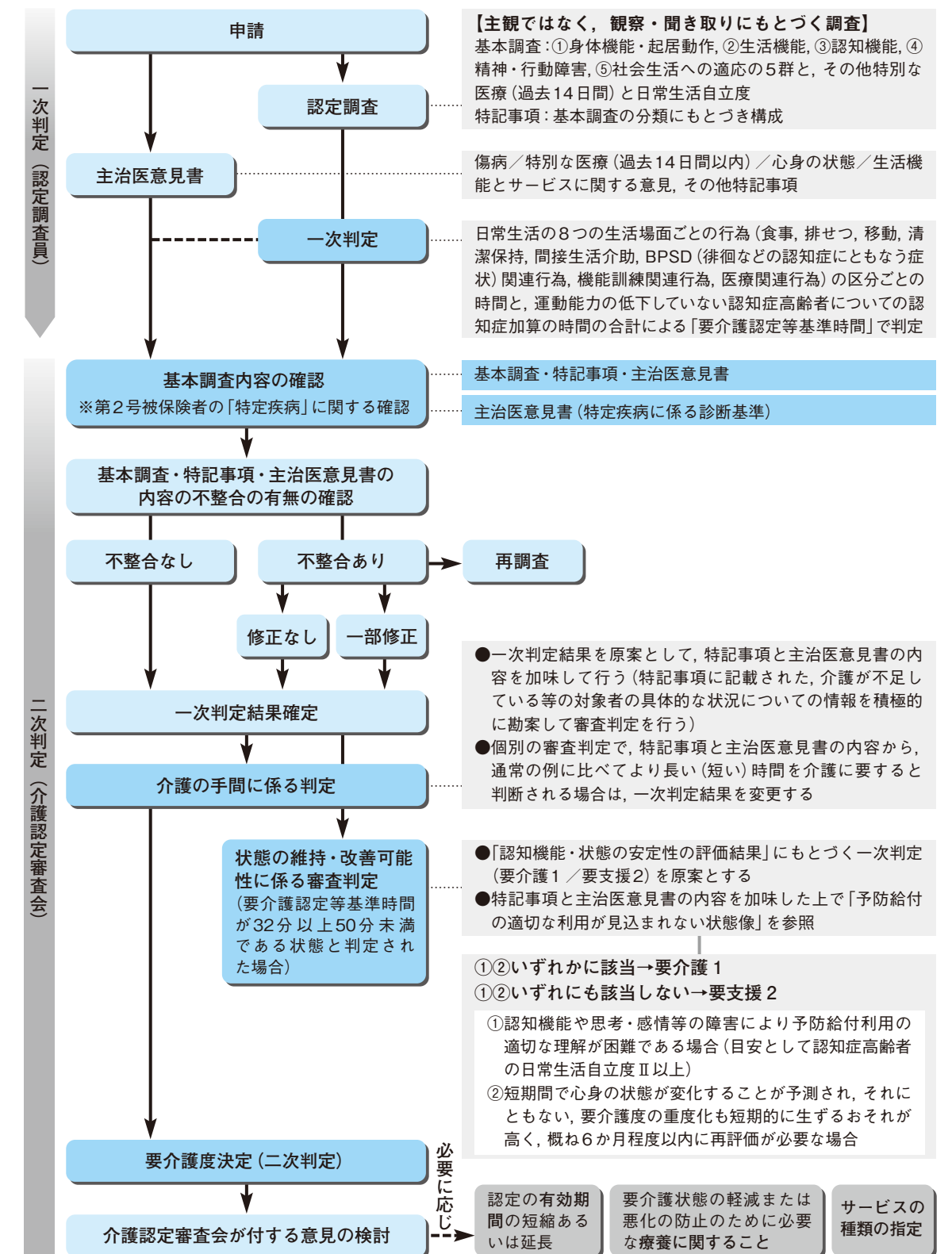


※1 要介護・要支援認定の審査・判定のために、おもに市町村が設置するもので、委員は保健・医療・福祉の学識経験者によって構成されています。

※2 地域支援事業における総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）を実施している市町村においては、窓口における相談から基本チェックリストを用いた判定を行い、総合事業によるサービスを受けるしくみとなっています（P208参照）が、その場合にも、予防給付等の対象となるサービスを受ける場合は、認定申請が必要となります。

※3 平成30年4月1日以降、一定の要件を満たすケースについて認定審査会の簡素化が可能となっています。具体的な処理手順や、有効期間の定めに関する設定は保険者において決定します。

◆一次判定と二次判定のしくみ



3 サービス提供にあたってのケアマネジメント

◎利用者に対して必要なサービスを適切に提供するためには、利用者にふさわしい計画（ケアプラン）を作成するなどの管理業務、つまりケアマネジメントが重要になってきます。

◎ケアマネジメントそのものも保険給付の対象となるサービスです。自宅で生活する要介護者に対しては「居宅介護支援」が、要支援者に対しては「介護予防支援」が提供されます。

1 ケアマネジメントで利用者を専門的な立場から支援

介護保険制度ではサービスは利用者と事業者の契約によって提供されますが、サービスには数多くの種類があり（P4 参照）、同じ種類のサービスでも提供する事業所はさまざまです。

選択肢が多様にあることはメリットですが、これらの内容をしっかりと把握して、納得のいく選択をすることは容易ではありません。

そのため、おもに自宅で暮らしながらサービスをうける場合に、利用者の希望にそったサービスが適切にうけられるよう専門的な調整（ケアマネジメント）を行うサービスとして、「居宅介護支援」や「介護予防支援」があります※1。

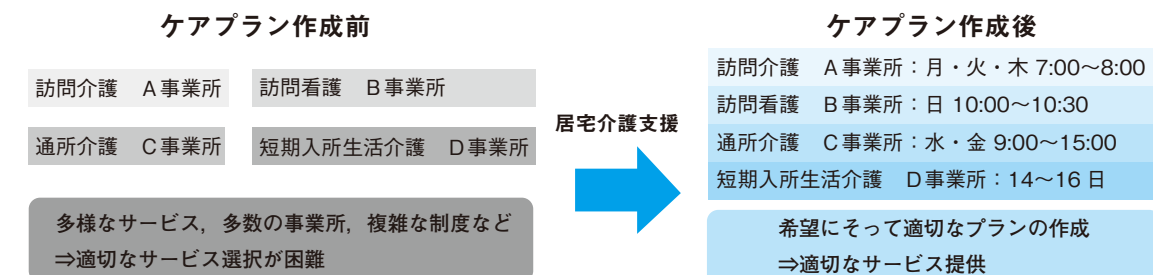
●利用者の状態を把握し、希望もふまえてケアプランを作成

居宅介護支援や介護予防支援では、利用者の状態把握や課題分析を行い、サービス担当者などと会議を開いた上で、「介護サービス計画（ケアプラン）」を作成します※2。

ケアプランでは、利用者の希望も取り入れて、たとえば、「月曜日の7:00～8:00までは、A事業所の訪問介護の生活援助を行う」などのように、利用者に提供されるサービスが具体的・計画的に位置づけられます。このため利用者は安心して介護サービスをうけることができます（下図参照）。

なお、「認定」からケアプラン作成までの流れは、次頁の図のようになっています（詳細は第2章（P20～）で解説しています）。

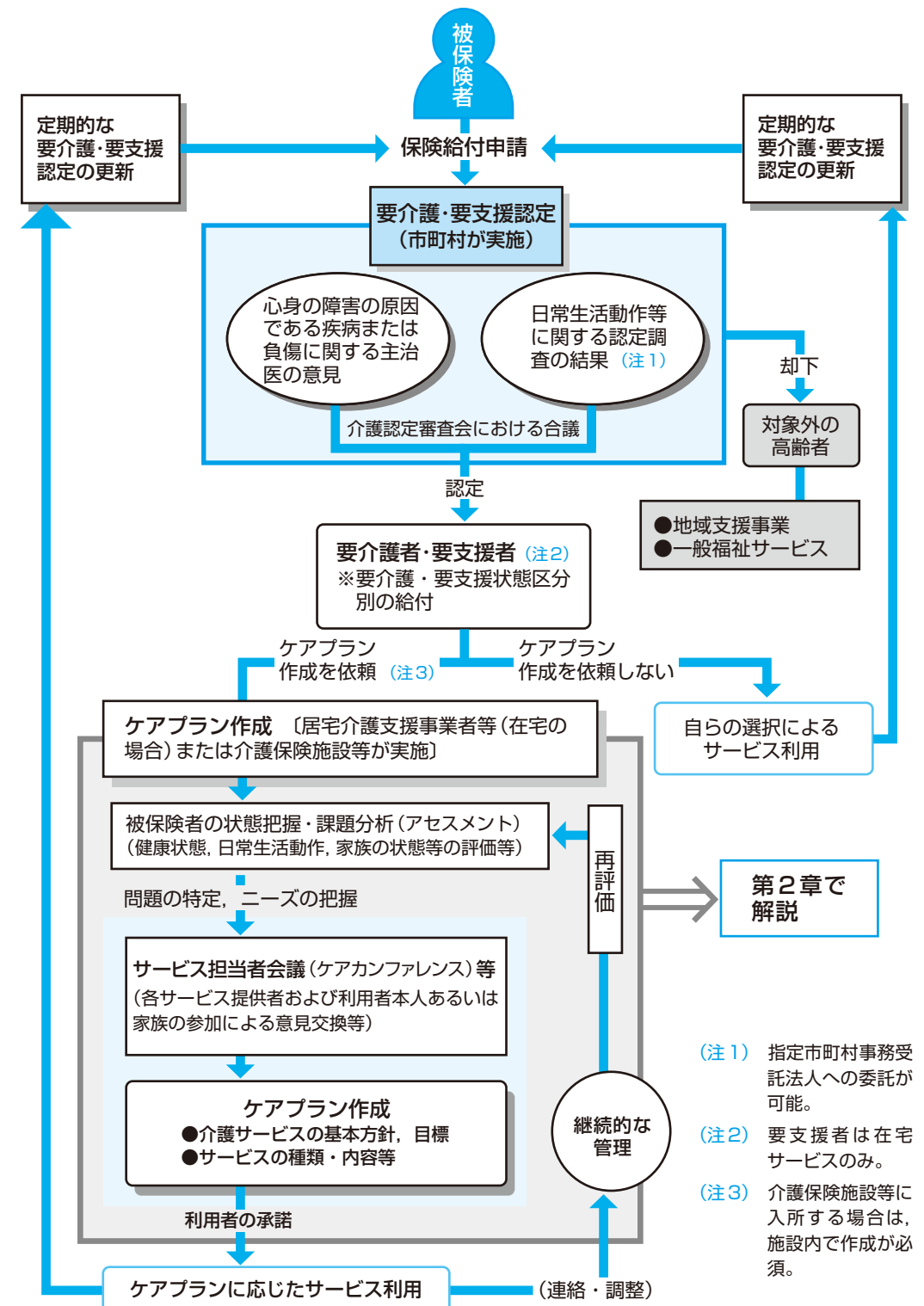
◆ケアプランのイメージ



※1「居宅介護支援」は「介護給付」の対象、「介護予防支援」は「予防給付」の対象です。

※2「介護予防支援」においては「介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）」となります（P41参照）。また、居宅介護支援や介護予防支援をうけることなく、利用者自身がケアプランを作成すること（自己作成）も可能です。

◆要介護・要支援認定とケアプラン



※地域支援事業における総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）をふまえた市町村におけるサービス利用の流れについては、P208参照。

2 適切な給付管理もケアマネジメントの重要な一面

●適切なサービス量を示す支給限度基準額

ケアプランは利用者の希望をふまえて作成されますが、介護保険制度が「社会保険」であり、多くの人が財源を負担しながら支えていることを考えれば、必要とされる介護の量に応じて、サービスも適切な量であることが重要です。

そのため、介護保険制度では、「支給限度基準額」が定められています。「支給限度基準額」とは、利用者ひとり・ひと月あたりの給付の上限額で、要介護度や要支援度に応じて定められています。

支給限度基準額の枠内のサービスについては、利用者は費用の1割※1を負担するだけですみます。これに対し、支給限度基準額をこえる量のサービスをうけた場合、そのこえた分のサービスの費用は全額、利用者の自己負担となります。そのため、ケアプランはこの「支給限度基準額」の範囲に収まるよう作成します※2。

●給付管理票を作成し国保連合会に送付

また、サービスを提供する事業者がスムーズに介護報酬（P14参照）をうけ取れるよう、利用者ごとに「給付管理票」を毎月作成して、介護報酬の支払いを担当する国保連合会に送付する（P24参照）ことも、居宅介護支援・介護予防支援の中の重要な業務の一部です。

サービスがケアプラン上に位置づけられていることは、介護報酬の支払いの要件となっていますが、給付管理票とは、この要件を満たす旨を、ケアプランを作成した側が示すものです※3。

※1 一定以上所得者は2割、平成30年8月以降現役並み所得者は3割となります。

※2 利用者が希望し、同意したときは、支給限度基準額をこえるサービス量のケアプランを作成することもできます。

※3 そのため、給付管理票をきちんと送付しないと、サービス事業者の介護報酬のうけ取りに影響が及ぶこともあります。

■ケアマネジメントの担い手

ケアマネジメントをどこが行うかは、要介護者や要支援者の生活の場がどこか、あるいはどのサービスをうけているかで変わってきます。

(1)自宅で生活する要介護者・要支援者には、居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所がケアマネジメントを行います。この場合は、個々の具体的なサービスは別の事業所が行います。ただし、小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）や複合型サービスは、訪問・通い・泊まりを組み合わせたというサービスの特性上、その事業所がケアマネジメントも行います。

(2)介護保険施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む）の入所者に対しては、その施設でケアマ

ネジメントとサービスの提供が一体的に行われます（地域密着型（介護予防）サービスである認知症グループホームも同様です）。

(3)有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームに入居している要介護者・要支援者の場合

①ホームが「（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所」または「地域密着型特定施設入居者生活介護事業所」としての指定を受けていて、かつ、要介護者等が「特定施設入居者生活介護」等のサービスをうけることを希望する場合＝ホームがケアマネジメントを担当

②①以外の場合＝居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所がケアマネジメントを担当

4 基準にもとづくサービスの提供

◎保険給付の対象となるサービスを実施する事業者は、基本的に、介護保険サービス事業者としての基準を満たしている旨の、「指定」をうけている必要があります。

◎サービスが実施されると、その費用が介護保険から給付されます。給付の方式は、利用者が（通常）1割（一定以上所得者は2割、平成30年8月以降現役並み所得者は3割）のみの負担ですむ「現物給付」と、利用者がいったんは費用の全額を事業者に支払う必要のある「償還払い」があります。原則は現物給付方式で行われます。

1 「指定」をうけた事業者がサービスを提供

居宅介護支援や介護予防支援によるケアマネジメントが適切に行われ、利用者に適したケアプランが作成されると、このケアプランにそって、「訪問介護」や「通所介護」といった個別のサービスがそれぞれの事業者によって提供されていきます。

これらのサービスを提供する事業者は、都道府県あるいは市町村から、サービスごとに「指定」をうけている必要があります。

「指定」とは、その事業者が保険給付の対象となるサービスを提供するに適しているということを、基準にもとづき認めることです。

■サービスの類型

介護保険の給付の対象となるサービスはさまざま 整理されます。なお、個別のサービスの一覧はまですが、大きくくるとしては、下表のように P4を参照してください。

居宅サービス・介護予防サービス	おもに、自宅で生活する利用者を対象としたサービスです
【訪問サービス】	利用者の自宅を訪問し、介護や医療などのサービスを提供します
【通所サービス】	事業所に通ってもらい、日帰りで提供するサービスです
【短期入所サービス】	期間を定めて生活（宿泊）してもらい、介護などを提供するサービスです
【福祉用具】	車いす等を貸与したり、貸与になじまない用具を販売します
【特定施設】	有料老人ホーム等のうち一定のものは、特定施設入居者生活介護事業所として、ケアマネジメントも含め、サービスを提供します（居宅介護支援・介護予防支援がもつ機能を自らがもつ点で、他の居宅サービス・介護予防サービスとは異なります）
居宅介護支援・介護予防支援	サービスの利用にかかる相談や、ケアプランの作成・給付管理の業務などを行います
施設サービス（要介護者のみ）	施設に入所してもらい、適切なサービスを提供します
地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス	市町村が事業所の指定を行い、地域の課題に応じて多様かつ柔軟なサービスを提供します（訪問・通所・宿泊のサービスを柔軟に提供する、小規模多機能型居宅介護などがあります）

2 指定基準は国の基準をふまえ自治体が条例で定める

各都道府県や市町村においては、「指定」を行うための基準（指定基準）が条例で定められています。

これは、国（厚生労働省）が定めている基準をふまえて制定されています※1。指定基準の内容は、従事する職員配置などの人員基準や、事業所に備えるべき設備の基準（設備基準）のほか、サービスを提供するにあたって必要な事項を定めた基準（運営基準）などがあります。

●事業所単位での指定、有効期間は6年間

保険給付の対象となるサービスを提供しようとする事業者は事業所ごとに都道府県や市町村に指定の申請※2を行い、上記の基準を満たす場合に指定をうけられます。

指定の有効期間は6年間で、期間の満了のつど指定の更新をうけます。ただし、事業所が基準を満たしていない場合や、基準に従った適正な運営ができていない場合などは、指定・更新は行われません。これは、たとえサービスを提供しても、保険からは給付されないことを意味します。

このように、都道府県や市町村による指定や監督のもとで、事業者は適正な運営により、サービスを提供していくものとされています。

※1 厚生労働省が定めている基準は、項目ごとに、条例を制定する場合に「従うべきもの」、「標準とするもの」、「参考するもの」に区分されています（P47参照）。

※2 事業者からの申請によらない指定のしくみもあります（P49参照）。

■基準該当サービス

サービスを提供する事業所は、基本的に「指定」を受けていることが必要ですが、市町村の判断により、以下の場合は保険給付の対象となります。

①一定の在宅サービスと居宅介護支援が、「基準該当サービス」の基準に該当するとき

②離島などの地域や特定の市町村では基準を満たさないものの一定の質をともなったサービスであると認められるとき

なお、「基準該当サービス」の基準は、指定基準を一部緩和したものとなっています。

■みなし指定

保険医療機関などでは一定のサービスについて、介護保険制度上の指定があったとみなされます（これを「みなし指定」といいます）。医療系のサービスが対象で、その内容は以下のとおりです。

なお、総合事業においても指定事業者制度が実施されていますが、制度開始当初の平成27年3月31日において、旧介護予防訪問介護等の指定を受けていた事業者は、平成27年4月1日において、総合事業に係る指定があったものとみなされる、みなし指定のしくみが導入されていました。

保険医療機関	訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション
保険薬局	居宅療養管理指導
介護老人保健施設	通所リハビリテーション、短期入所療養介護
介護療養型医療施設	短期入所療養介護
介護医療院	通所リハビリテーション、短期入所療養介護

3 「現物給付」と「償還払い」の2方式の保険給付

●利用者の負担が軽くてすむ現物給付

指定をうけたサービス事業者（指定事業者）は、基準に従いながら、ケアプランにもとづきサービスを提供します。提供されたサービスの費用は、利用者からは1割（一定以上所得者は2割、平成30年8月以降現役並み所得者は3割）の自己負担分をうけ取り、残りを保険者に請求することで、介護保険から支払われます※1。この給付の方式を、「現物給付」といいます※2。

●後から払戻しをうける償還払い

一方、利用者が「認定」の申請前にうけたサービスや、ケアプランに位置づけのない在宅のサービスなどは、現物給付の対象外です。

この場合利用者は、事業者に対し、一度費用の全額を支払い※3、後日市町村に申請して保険給付分の費用の払戻しをうけることになります。この方式を、「償還払い」といいます。

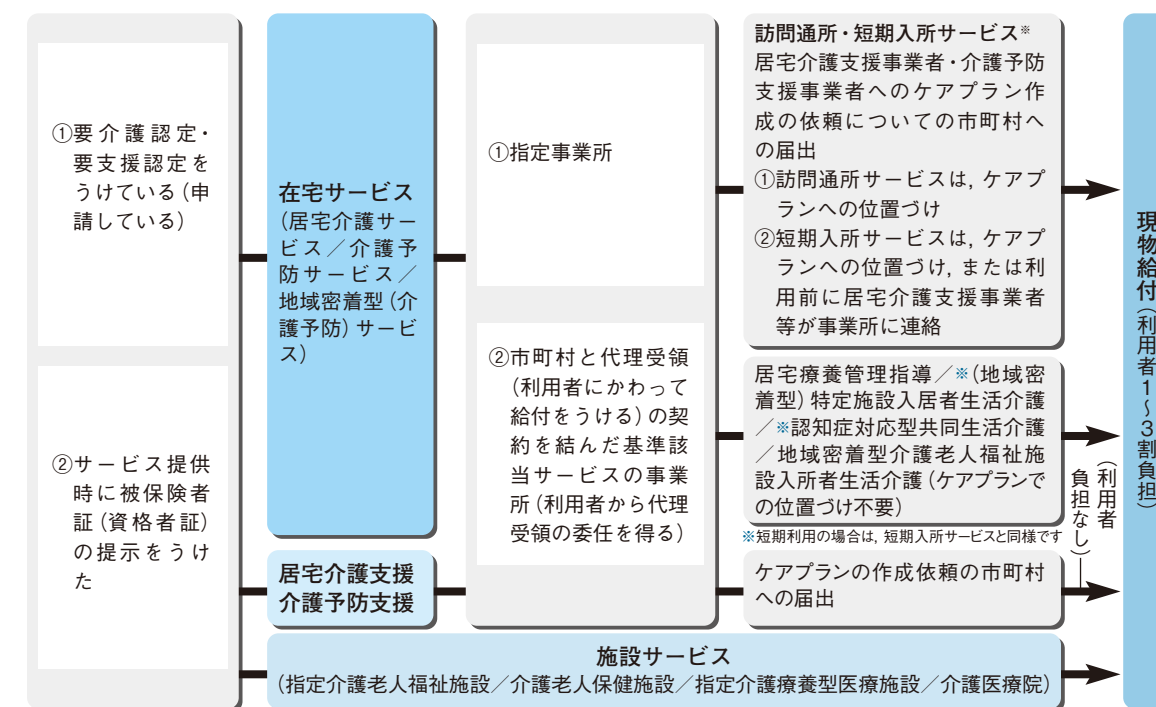
利用者にとっては現物給付が望ましい方式です。このことから、ケアプランやケアマネジメントが重要なことがわかります。

※1 居宅介護支援や介護予防支援については、利用者負担はなく、全額保険から給付されます。

※2 これは、利用者の視点にたったとき、1割（一定以上所得者は2割、平成30年8月以降現役並み所得者は3割）の自己負担だけでサービス（現物）をうけ取ったことになるためです。事業者にとっては利用者にかわって給付をうけ取るため、「代理受領」となります。

※3 この時、事業者は利用者に、サービス提供証明書と領収証を交付します。

◆現物給付となる介護保険サービス



※短期利用を除く小規模多機能型居宅介護または複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）を利用する場合は、あらかじめ利用について市町村に届け出ている場合で、利用した在宅サービスが小規模多機能型居宅介護事業所または複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）事業所の介護支援専門員が作成したケアプランの対象となっていることが必要です。

5 単位数表により介護報酬を算定し、月単位で請求

- ◎「介護報酬」とは、保険給付の対象となるサービスに対する対価のことです。
- ◎「介護報酬」はサービスごとに価格が公定されていますが、同じサービスでも提供したサービスの内容・事業所の体制などによって、加算や減算が行われるなどのルールも定められています。
- ◎介護報酬の額から利用者の自己負担分を除いた保険給付の分は、サービス事業者が毎月国保連合会に請求し、保険者（市町村）から支払いをうけます。

1 単位数×1単位の単価で介護報酬を算定

「介護報酬」とは、「指定事業者が行った保険対象となるサービスに対する対価」のことです。簡単にいえば、「サービスにかかった費用」,「サービス料金」です。

介護報酬は、国が定めた「介護給付費単位数表」によりサービスごとに「単位数」で表示されています※1。つまり、介護報酬には公定価格による料金表があるということです。

サービスごとの単位数に、地域別・サービス別の1単位の単価（10円～11.40円→P106参照）をかけると、そのサービスの介護報酬の額が決定します。

サービスごとに定められた単位数表により算定した単位数	×	1単位の単価 (10円～11.40円)	=	介護報酬の額※2 (端数切り捨て)
----------------------------	---	------------------------	---	----------------------

●支給限度基準額も単位数で規定

利用者が1か月に受けられるサービス量（支給限度基準額→P10, P105参照）も、要介護度・要支援度ごとに単位数で定められています。たとえば要介護1の利用者は、1か月につき16,692単位分のサービスまで、給付を受けられることになっています。

※1 たとえば、「訪問介護で30分以上1時間未満の身体介護を行った場合は、394単位」といった具合です。

※2 このほか、単位数表とは別に定められた、介護老人保健施設などにおける一部の医療サービス（特別療養費など→P106参照）などがあり、この場合は1単位の単価は一律10円となっています。また、短期入所サービスには、低所得者の食費などにかかる補足給付（P56参照）があります。

■高額サービス費・高額医療合算サービス費

事業者や介護保険施設に支払った自己負担の世帯での合計額（月額）が一定の上限額を超えたときは、超えた分が市町村から払い戻されます（高額介護（予防）サービス費）。なお、短期入所サービスでの食費・滞在費（P54参照）や、保険給付対象外のサービスの利用料（支給限度基準額超過の場合の全額負担分など）は対象とはなりません。

また、年間（8月～翌年7月）の介護保険と医療保険の負担額の合計額が著しく高額になった場合、払い戻しが受けられます。

いずれも利用者が市町村（保険者）に申請することによって受けられる給付です。なお、負担の上限額等は、所得区分に応じて異なります。

2 単位数表におけるさまざまなルール

介護報酬の公定価格表である単位数表にはさまざまなルールがあり、実際に行ったサービスの内容や、サービスを行う事業者の体制などにより、単位数の増減（加算・減算）が行われます※1。

●加算の例（夜間・早朝の訪問介護）

たとえば、訪問介護における30分以上1時間未満の身体介護を実施した場合の単位数は394単位ですが、サービスの提供が夜間や早朝であった場合は、その100分の25がもとの単位数に加算されます。

この場合、加算される単位数は、

$$394（単位） \times 0.25（100分の25） = 98.5 \rightarrow 99（単位） ※2$$

となり、基本となる394単位とあわせて、合計は、

$$394（単位） + 99（単位） = 493（単位） となります。$$

●減算の例（事業所と同一の建物に居住する利用者）

たとえば、訪問介護サービス事業所がある建物と同じ建物に住んでいる利用者に対してサービスを提供していた場合などは、その利用者については100分の90の単位数を算定することとされています。

$$394（単位） \times 0.9（100分の90） = 354.6 \rightarrow 355（単位）$$

●単位数表を読み解く

上記のような、行ったサービスの内容による加算や減算のほかにも、事業所の体制による加算・減算があったり、また算定の基礎となる単位数についても、1回ごと・1日ごと・1月ごとに規定の単位数を算定する、などサービスや項目によってまちまちです※3。

単位数表についてきちんと学んでいくことが、介護報酬の理解につながるといえるでしょう。

※1 職員配置など体制にかかる加算については、事前に基準を満たしていることを、都道府県または市町村に届け出る必要があります。

※2 加算や減算の計算を行うたびに、小数点以下を四捨五入する取扱いになっており、これを「端数処理」といいます。なお、実際の請求は、端数処理を終えたサービスコード表（報酬の一覧）をもとに行われます（P37参照）。

※3 支給限度基準額として含まない加算があるなど、単位数表だけではなく、幅広く規定が存在しています。

■3年に一度の介護報酬の改定

単位数表だけでもルールの複雑な介護報酬ですが、この算定方法や単位数などの規定は、介護をめぐる内外の状況をふまえて見直しが行われます。

これは、介護報酬の改定と呼ばれており、従来だと介護保険制度における計画期間（P3参照）にあわせて、3年に1回のペースで行われていました（このほか、必要に応じて適時修正・改定が行われることもあり、2014（平成26）年度には消費税率の引き上げに伴う改定が行われました）。

直近では、2018（平成30）年度に、①地域包

括ケアシステムの推進、②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、③多様な人材の確保と生産性の向上、④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保、をポイントとした改定が実施され、多くの単位数・算定ルールの変更、加算や減算の新設・見直しなどが行われています（P18参照）。

改定が行われた際、しっかりとその内容を把握し業務で対応していくためにも、介護報酬にかかる基本的な事項を理解しておくことが重要です。

3 「介護報酬」は月単位で請求し、支払いを受ける

●サービス提供月の翌月10日までに、国保連合会に請求データを送付

1 か月（1 日～月末）に提供したサービス分の「介護報酬」の額が確定すると、事業者は保険給付分（利用者に対して「現物給付」を行った部分）の請求を行います。保険への請求は、原則としてサービスを提供した翌月の10日までに、事業所の所在地の都道府県国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会）に対して、伝送かCDなどで必要なデータを送るにより行います※1。

必要なデータとは、①介護給付費請求書、②介護給付費明細書、の2つです。居宅介護支援や介護予防支援の事業所においては、このほか、給付管理票（P24参照）を送付します。

●国保連合会によるチェックと支払い

国保連合会では、事業所の情報や、送付された給付管理票をもとに、各事業者の請求が適切かどうかをチェックします※2。その後、適切な請求については保険者（市町村）から保険給付分の支払いを受け、その翌月（サービス提供の翌々月）の月末までに、事業者に支払います（実際の日程は、各国保連合会で状況に応じて、弾力的に運用）。

●請求の効力は2年間

介護報酬の支払いを受ける権利は、2年を経過した場合は時効により消滅します。月遅れの請求ができるのは通常の介護報酬支払い月の翌月、つまりサービス提供月の翌々々月の1日から起算して2年間で※3。

※1 伝送などによる請求が困難などの一定の事業所において、平成30年3月31日までに国保連合会に届け出ている場合は、紙（帳票）による請求が可能です。

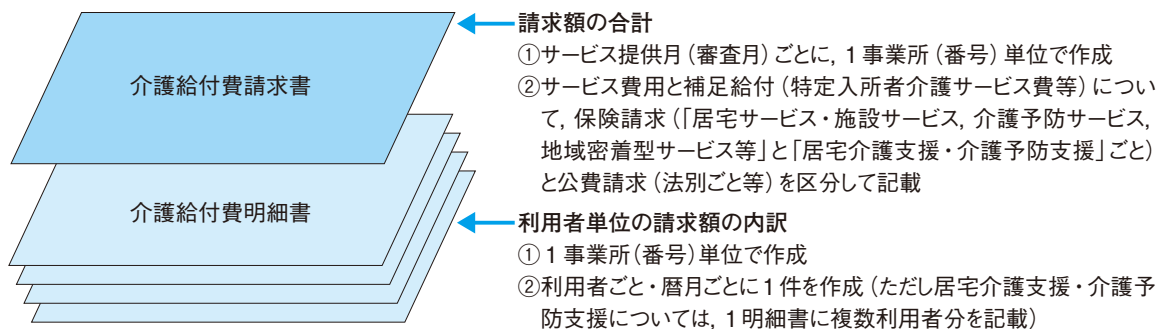
※2 記載に不備がある場合や、請求が適正と認められない場合は、返戻（差し戻し）や査定（減単位）の処置がとられます（P191参照）。

※3 たとえば、平成30年4月に提供したサービスは、平成32年6月までであれば請求することができます。

◆介護報酬の請求・支払いのスケジュール



◆介護給付費請求書（情報）の構成



6 平成30年度からの制度・報酬改正

◎平成29年に成立した介護保険法改正により、介護保険制度関連の見直しが図られます。

◎平成30年の介護報酬改定により、各サービスの報酬・基準の見直しが行われます。

1 介護保険制度改正の概要

平成29年6月に成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成29年6月2日・法律第52号）にもとづき、主に平成30年4月以降順次施行される介護保険制度改正などにより、①地域包括ケアシステムの深化・推進と、②介護保険制度の持続可能性の確保をめざす制度の見直しが図られます。

地域包括ケアシステムの深化・推進では、新たな介護保険施設である介護医療院の創設や児童福祉法や障害者総合支援法の指定をうけた事業所において指定を受けやすくなる特例が設けられた共生型サービスが位置づけられます（P50参照）。

介護保険制度の持続可能性の確保をめざす制度の見直しでは、現役並みの高い所得を有する第1号被保険者について、平成30年8月から自己負担が3割へと引き上げられます（P52参照）。

このほか、医療・介護の連携や地域共生社会の実現に向けた取組みの推進など、さまざまな改正が実施されます。

◆改正法のポイント（2017年の法改正）

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、必要とする人に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進	
1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進（介護保険法）	②医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備
全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組むしくみの制度化 ●国から提供されたデータを分析のうえ、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組み内容と目標を記載 ●都道府県による市町村に対する支援事業の創設 ●財政的インセンティブの付与の規定の整備（その他）●地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）／●居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否のしくみ等の導入）／●認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上で明確化）	3 地域共生社会の実現に向けた取組みの推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法） ●市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制づくり、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化 ●高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくなるため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置づける（その他）●有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）／●障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）
II 介護保険制度の持続可能性の確保	
2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）	4 2割負担者のうちとくに所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）
①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設 ※現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院または診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院または診療所の名称を引き続き使用できることとする。	5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法） ●各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※2018年4月1日施行。（Ⅱ－5は2017年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ－4は2018年8月1日施行）

2 平成30年介護報酬改定の概要

従来、介護保険制度における計画期間にあわせて3年に1回のペースで実施される介護報酬改定については、直近では平成30年度に実施されました。

これは、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民一人ひとりが状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、前述した平成29年度の制度改正をふまえ、①地域包括ケアシステムの推進、②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、③多様な人材の確保と生産性の向上、④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保を図るものです。

これらとともに、賃金・物価の状況、介護事業者の経営状況等をふまえた介護報酬の改訂率は、全体でプラス0.54%となっています。

◆平成30年介護報酬改定に関する概要

I 地域包括ケアシステムの推進
■中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備 【主な事項】 ○医療・介護の役割分担と連携の一層の推進 ○医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設 ○中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応 ○認知症の人への対応の強化 ○口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組みの推進 ○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 ○地域共生社会の実現に向けた取組みの推進
II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現
■介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現 【主な事項】 ○リハビリテーションに関する医師の関与の強化 ○リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充 ○外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進 ○褥瘡の発生予防のための管理や排せつに介護を要する利用者への支援に対する評価の新設 ○身体的拘束等の適正化の推進 ○通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
III 多様な人材の確保と生産性の向上
■人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進 【主な事項】 ○ICTを活用したリハビリテーション会議への参加 ○生活援助の担い手の拡大 ○介護ロボットの活用の促進 ○定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和 ○地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し
IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保
■介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保 【主な事項】 ○集合住宅居住者への訪問看護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等 ○サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し ○長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し ○通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等 ○福祉用具貸与の価格の上限設定等

第2章 ケアマネジメント

1 在宅の要介護者に対するケアマネジメント	20
1 居宅介護支援の流れ	20
(1)要介護者や家族の状況をつかんで、ケアプランを作る	21
(2)サービスを提供するさまざまな事業者との連絡・調整	22
(3)サービスの提供状況の確認（モニタリング）	23
(4)給付管理業務	24
2 居宅介護支援のポイント	26
(1)内容・手続の説明および同意	28
(2)サービス担当者会議	29
(3)モニタリングを経てのケアプランの変更	30
(4)記録・書類の整備	31
3 給付管理業務の実際	32
(サービス利用票（第6表）の標準様式と記載例）	33
(サービス利用票別表（第7表）の標準様式と記載例）	35
(給付管理票の様式と記載例）	38
2 要支援者に対する介護予防ケアマネジメント	41
1 介護予防支援の実施主体と委託	41
2 介護予防支援の流れ	42
3 介護予防支援のポイントと介護予防ケアプランの構成	44

1 在宅の要介護者に対するケアマネジメント

◎ケアマネジメントとは、ケアプラン（介護計画）の作成や、さまざまなサービス提供事業者との連絡・調整などの仕事を通じて、要介護者の自立した生活に向けた支援を行うことです。

◎在宅の要介護者に対するケアマネジメントは、居宅介護支援事業所にいるケアマネジャー（介護支援専門員）が行います。

◎ケアマネジャーは、利用者（要介護者）とサービスを提供するさまざまな事業者との間を結びつける要（かなめ）の役割をもっています。

1 居宅介護支援の流れ

居宅介護支援とは、在宅の要介護者を対象としたケアマネジメントのことです。

このケアマネジメントは、居宅介護支援事業所に所属しているケアマネジャー（介護支援専門員）が行います※。

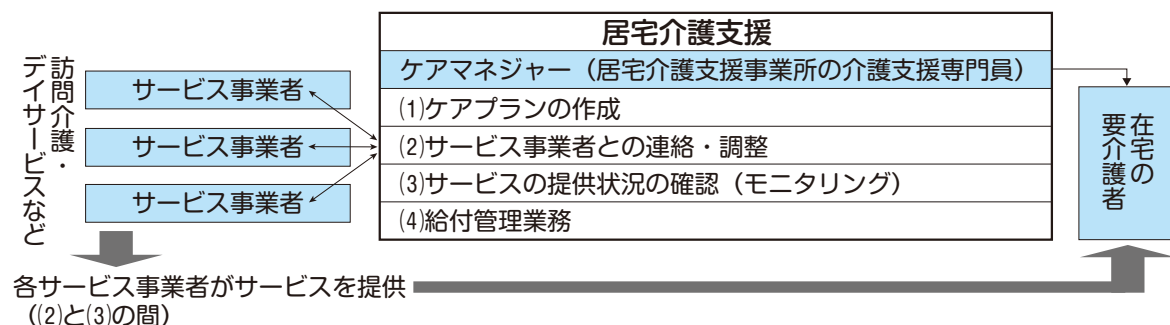
ケアマネジメントの仕事は、要介護者である利用者や、その家族からの相談に乗ることからはじまります。場合によっては、要介護認定・要支援認定の申請をまだしていない人から相談を受けることもあります。そのときは、認定の申請の手助けからはじめることになります。

ケアマネジメントの中で、ケアマネジャーが取り組むことはおおまかに分けて次の4つです。

- (1)ケアプランの作成
- (2)サービス事業者との連絡・調整
- (3)サービスの提供状況の確認（モニタリング）
- (4)給付管理業務

以下、順番に説明していきます。

◆居宅介護支援とサービス事業者や利用者との関係



※在宅の要介護者であっても、短期利用を除く小規模多機能型居宅介護や複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）を利用する要介護者の場合は、小規模多機能型居宅介護等を行う事業所がケアマネジメントも担当します（P23コラム参照）。

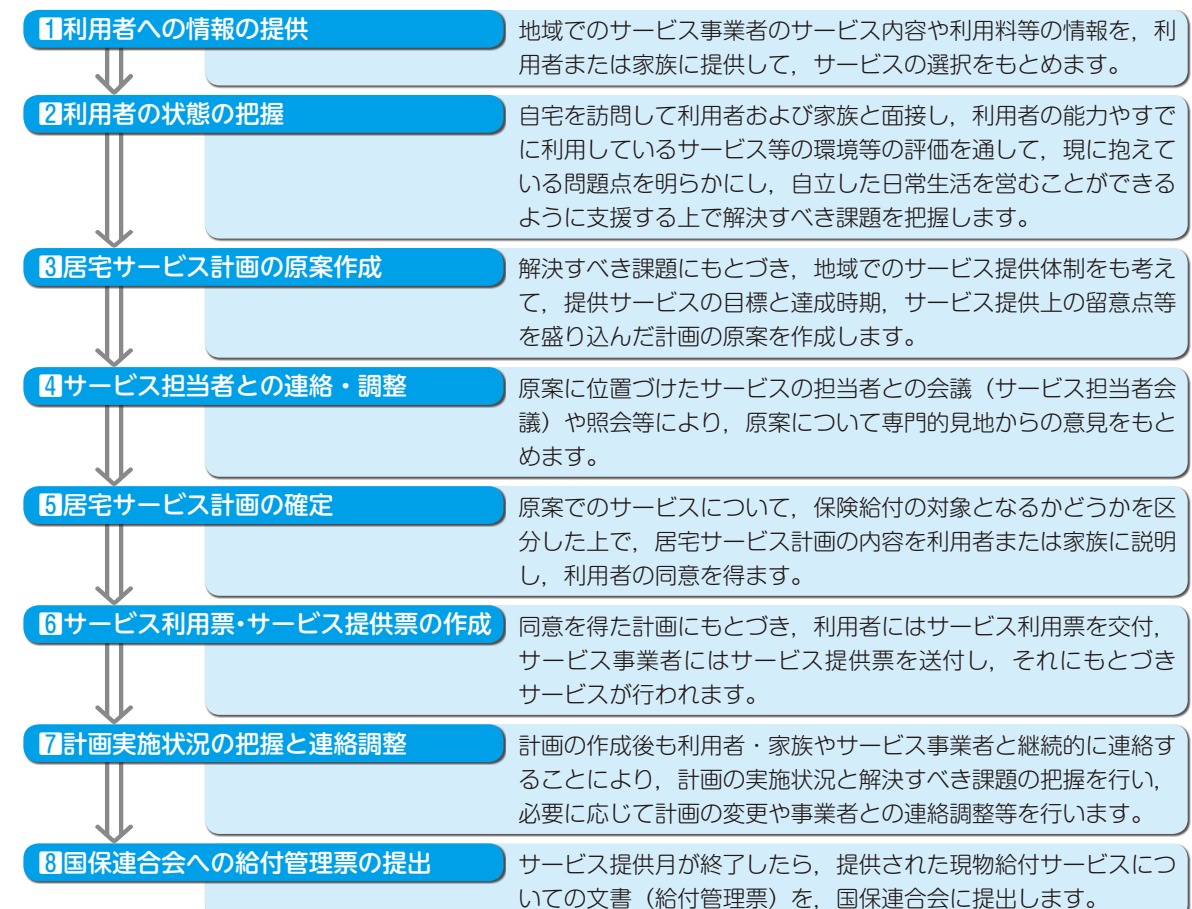
(1)要介護者や家族の状況をつかんで、ケアプランを作る

一人ひとりの利用者に合ったケアプラン（P8参照）を作ることが、ケアマネジメントの最初の仕事になります。ケアマネジャーは、次のような流れにそって、ケアプランを作成していきます。

- ①利用者の居宅※を訪問し、利用者本人や家族の話を聞いて、自立した日常生活を送る上での問題点を見つけ出し、解決すべき課題を把握します（これを「アセスメント」といいます）。
- ②「アセスメント」のほか、利用者の希望もふまえて、最も適切なサービスの組み合わせを検討し、ケアプランの原案を作ります。原案には、提供するサービスの種類や内容、利用料のほか、長期的な目標、短期的な目標と達成時期などを盛り込みます。原案の作成にあたっては、利用者の希望を尊重します。
- ③原案の内容を利用者や家族に説明し、文書による同意を得て、正式なケアプランがきまります。これは居宅サービス計画といい、利用者にも渡します。このケアプランは、1か月ごとに作成します。

※「居宅」には、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームの居室も含まれます。ただし、入居者が短期利用を除く特定施設入居者生活介護等のサービスを利用している場合は、ホームでケアマネジメントが行われるので、居宅介護支援は行われません（P10参照）。

◆ケアマネジメントの基本的な流れ



(2)サービスを提供するさまざまな事業者との連絡・調整

ケアマネジャーは、利用者と実際にサービスを提供する事業者との間に立って、連絡・調整の役割を果たします。1人の利用者に対して、複数のサービス事業者からさまざまなサービスが提供されるのがふつうですので、これら複数の事業者の間に立ち、連絡・調整を行うのも仕事です。

なかでも、「サービス担当者会議」は、ケアマネジャーが中心となって開く、非常に重要な会議です。

ケアプランの原案を作成後、利用者およびその家族の参加を基本としつつ、サービスを提供する担当者に、原則として全員集まってもらいます。

会議では利用者に関する情報を共有し、原案の内容について、担当者の意見を聞き、必要であれば調整を行います。こうして会議の内容が正式なケアプランの作成につながります。

■介護支援専門員

①資格と更新

介護支援専門員（ふつうはケアマネジャー、略してケアマネなどと呼ばれます）は、実務研修受講試験に合格し、実務研修を修了した人をいいます。実際にケアマネジメントの業務を行うためには、都道府県知事から登録をうけることが必要です。登録されると、介護支援専門員証が交付されます。

介護支援専門員証の有効期間は5年で、5年に一度の更新時に更新研修をうける必要があります。さらに実務経験に応じた研修をうけ、資質の向上に努めることがもとめられています。

また、介護支援専門員は、特定のサービス・事業者に偏ることなく、公正・誠実にその業務を行わなければならないほか、名義貸しの禁止や秘密保持などの義務が課せられています。

②介護支援専門員の活躍の場

本項では居宅介護支援について解説していますが、介護支援専門員としての活躍の場は、居宅介護支援事業所のみではありません。

たとえば、独自にケアマネジメント・給付管理業務を行う小規模多機能型居宅介護や複合型サービス事業所の計画作成担当者のほか、居宅介護支援を介さない介護保険施設サービスや特定施設入居者生活介護の計画担当者なども、基本的に介護支援専門員であることが要件とされています（ただし、短期利用は居宅介護支援の対象です）。

そのほか、介護予防サービス（要支援者）における介護予防支援は、おもに地域包括支援センターにおける担当職員（保健師など）が行いますが、担当職員となれる要件のひとつとして、介護支援専門員が挙げられています（P41、P99参照）。

このように、介護支援専門員は介護保険制度において、幅広く活躍しています。

(3)サービスの提供状況の確認（モニタリング）

ケアプランにそって多様なサービスが提供されていきますが、この間、ケアマネジャーは、「モニタリング」を行います。

「モニタリング」とは、まず、ケアプランどおりにきちんとサービスが実施されているかどうかを把握することです。そしてもうひとつは、サービス提供によって、利用者の状態がどのようになっているかを確認することです。これはつまり、ケアプランを作るときに行っていた「アセスメント」（P21参照）を継続していくことでもあります。

「モニタリング」にあたっては、継続的に利用者と家族、主治医、サービス事業所との連絡を取り、利用者側の特段の事情によって実施できない場合をのぞいて、次のように行います※。

(1)少なくとも1か月に1回、利用者の自宅を訪問し、利用者に面接をする

(2)少なくとも1か月に1回、「モニタリング」の結果を記録する

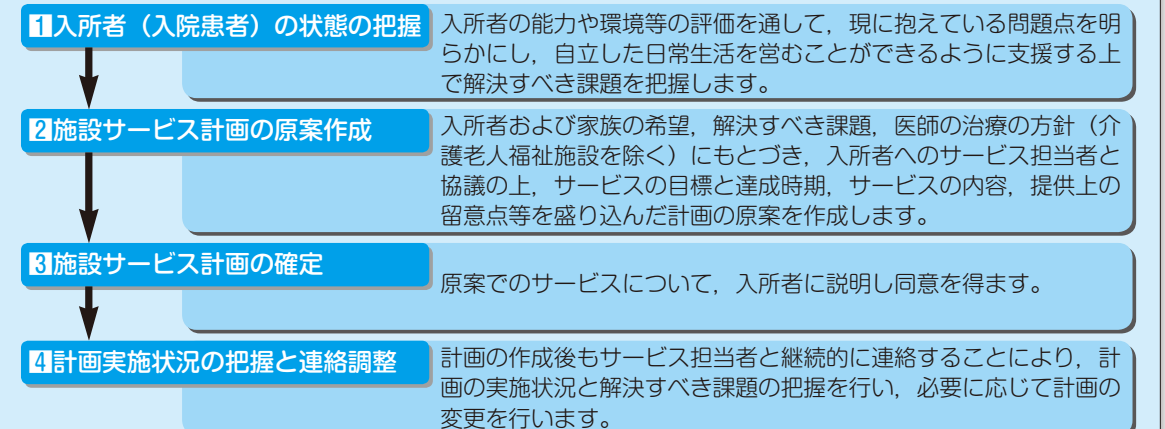
利用者が解決すべき課題に変化が認められた場合などは、必要に応じ、ケアプランの変更やサービス事業所との連絡調整を行うなどの便宜を図ります。

※利用者側の特段の事情で行えない場合は、その具体的な内容を記録しておく必要があります。また、(1)(2)を行わないと、介護報酬が減算されます（P27参照）。

■居宅介護支援以外のケアマネジメント

居宅サービスの中でも、地域密着型サービスで介護支援と同様です。

ある短期利用を除く小規模多機能型居宅介護および複合型サービスの利用者については、各事業所のケアマネジャーによりケアプラン・給付管理票が作成されます。そのポイントは、基本的に居宅サービス計画を作成しますが、具体的な作成の流れは下図のとおりです（給付管理票の作成等は不要）。



※介護保険施設サービスと同様に、特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護においても、それぞれのサービスにおいてケアマネジメントが行われます（短期利用（P95参照）は除きます）。

◆給付管理業務

利用者が1か月に介護保険で利用できるサービスの量は、要介護度に応じ、限度が定められています(区分支給限度基準額)※1。たとえば、要介護1の利用者は、1か月に16,692単位分までのサービスが利用できます。

ケアマネジャーは、基本的にその範囲に収まるよう適切にケアプランを作成し、利用者にはサービス利用票(利用するサービスの一覧など)を、サービス事業者にはサービス提供票(利用者に提供するサービスの一覧など)を交付・送付し、サービス利用票の控えを保管します。

各事業者は、基本的にこのサービス提供票にもとづきサービスを提供し、保険給付に相当する部分を、国保連合会に請求します※2。

国保連合会では、その請求が適切なものであるかを審査した後で、各事業者に介護報酬の支払いを行います。その審査が適切に行えるよう、居宅介護支援事業所が国保連合会に送付するのが、給付管理票です。

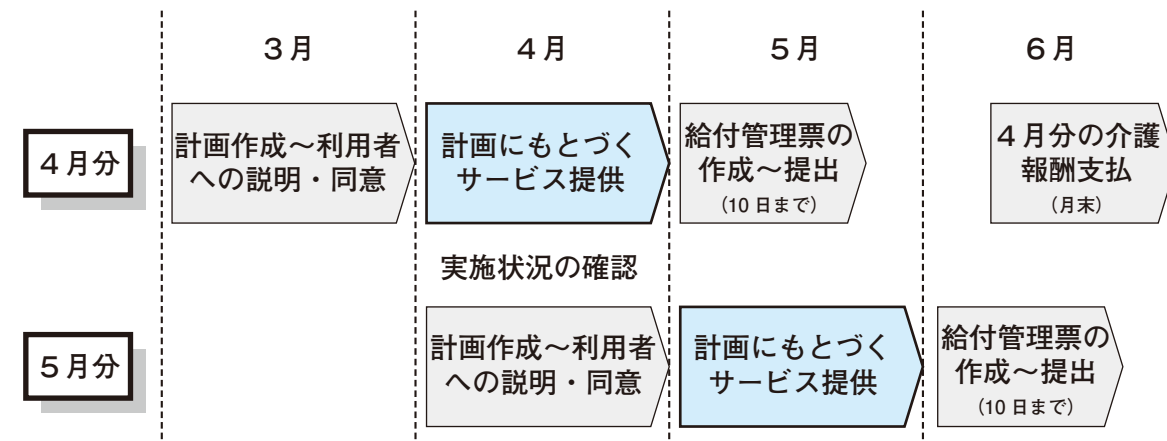
給付管理票とは、利用者に対し、どのサービス事業者が、何のサービスを、どれだけ提供したかを記録したものです。国保連合会ではこの給付管理票と、各サービス事業者からの請求とを突合することで、請求が適正かどうかを審査します。

ケアマネジャーは、保管しているサービス利用票控(変更があった場合などは実績に応じて修正)にもとづき給付管理票を作成し、計画対象月の翌月の10日までに国保連合会に送付します。

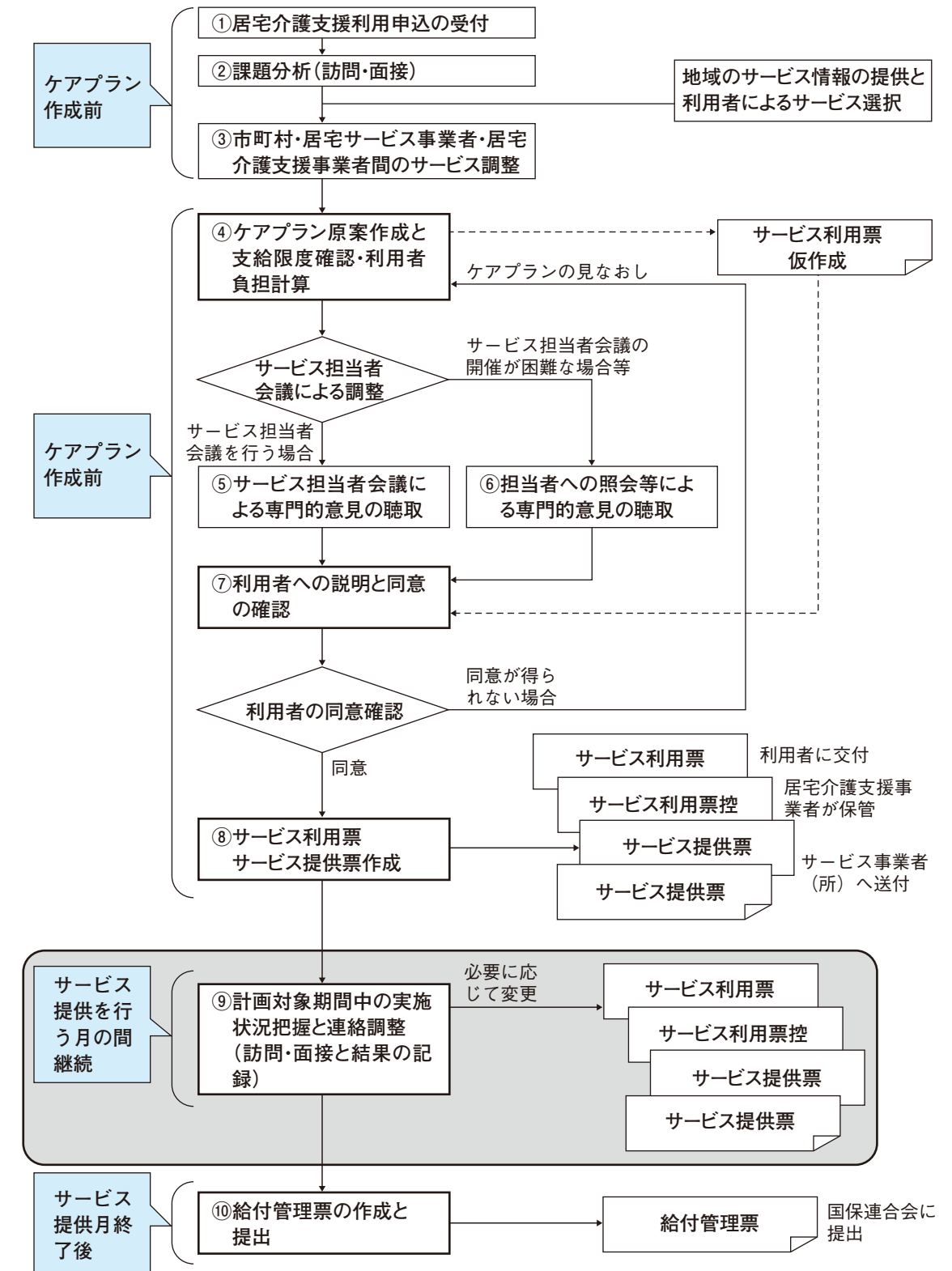
このような、給付が適切に行われるための一連業務(次頁図参照)を、「給付管理業務」といいます。

また、この流れを月単位で見えていくと、以下の図のとおりです。

◆ケアマネジメントの1か月単位の流れ



◆給付管理業務の流れフローチャート



2 居宅介護支援のポイント

ここでは、適切なケアマネジメントを行っていく上で、とくにポイントとなる次の4点を取り上げて見ていきましょう。

- (1)内容・手続の説明および同意
- (2)サービス担当者会議
- (3)モニタリングを経てのケアプランの変更
- (4)記録・書類の整備

居宅介護支援に限らず介護報酬にかかるサービスでは、基本的に「指定基準」の運営の基準（P46参照）で行うべき業務の方針などが示されており、単位数表において単位数を算定するために必要な取扱いなどが定められています。

上記に挙げた4点の事項は、運営の基準のなかでも、条例を定める際に従うべき基準として定められており、かつ、単位数表でも「業務が適切に行われない場合」として介護報酬が減算される取扱い（運営基準減算）となる事柄と密接にかかわっています。

居宅介護支援の事業には、（基準に合致することで）自由に参入できるため、基準に対してはとくに厳正さが求められます。

また、利用者負担のない全額保険給付のサービスであることをかんがみても、これらのポイントは重要な事項として遵守することが大切です。

■ケアマネジメントの利用者負担

介護給付や予防給付の対象となるサービスについては、通常利用者等の所得などに応じて1～3割の自己負担がありますが、上述のとおり、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者負担はありません。

これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時にとくに10割給付のサービスと位置づけたものです。

その後、この10割給付を見直し、ケアマネジ

メントサービスで利用者負担を導入することについて、社会保障審議会・介護保険部会においてたびたび議論されてきました。

平成28年12月に部会から審議会に出された意見書では、「ケアマネジャー（介護支援専門員）の専門性を評価する意味で利用者負担をもとめるべき」等の賛成意見がある一方、「あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し、自立した日常生活の実現に資する支援をうけられるよう、現行制度を維持すべき」等の反対意見双方が出たため、ケアマネジメントのあり方とあわせて、引き続き検討を行うことが適当であるとされました。

●指定基準と運営基準減算との関係

指定基準は、国（厚生労働省）が定める基準をもとに、各自治体が条例で定めますが、国が定める基準のなかには、条例の内容を直接的に拘束する、必ず適合しなくてはならない基準があります。

これから紹介する4つのポイントは、この従うべき基準に該当するとともに、介護報酬上においても、「業務が適切に行われない場合」として、運営基準減算の対象となります。

具体的には、単位数が100分の50へと減額され、また、この運営基準減算が2か月以上継続する場合は、単位数の算定ができません。たとえば、4月に減算の適用となった場合、4月は100分の50の単位数を算定し、5月以降は減算の状態が続く限り、単位数を算定できません。

4月	5月	6月	…
50 / 100減算適用	算定しない	算定しない	…

「業務が適切に行われない場合」とは、下の表のとおりです。

なお、運営基準減算については、利用者ごとに適用されますが、この減算はあくまで適正なサービスの提供を確保するためのものであり、運営基準は遵守するよう努めます※。

※この規定を遵守しない事業所については、特別な事情がある場合を除き、指定の取り消しが検討されます。

◆介護報酬上で規定されている「業務が適切に行われない場合」

◎以下の場合、その状態が解消された月の前月まで、単位数が減算されます。
①サービス提供開始に際しあらかじめ利用者に文書を交付し、以下の説明を行っていない場合
①利用者は複数のサービス事業者等の紹介を求めることができる
②利用者はケアプランに位置づけたサービス事業者等の選定理由の説明を求めることができる
②ケアプランの新規作成・変更にあたって、ケアマネジャーが以下の業務を行っていない場合
①利用者の居宅の訪問・利用者と家族との面接
②サービス担当者会議の開催
③ケアプランの原案について、利用者や家族に対しての説明を行い、利用者の同意を得て、ケアプランを利用者やサービス担当者に交付
③ケアマネジャーが以下の場合に、サービス担当者会議などを行っていないとき
①ケアプランを新規に作成した場合
②要介護認定をうけている利用者が、要介護更新認定をうけた場合
③要介護認定をうけている利用者が、要介護状態区分の変更の認定をうけた場合
④ケアプラン作成後、実施状況の把握（モニタリング）にあたって、特段の事情がなく、ケアマネジャーが以下の業務を行っていない場合
①1月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接
②1月以上あけずにモニタリングの結果を記録

※これらは単位数表における介護報酬上の取扱いですが、ここでは、指定基準における運営基準（P97、P98参照）の中の特定の規定に適合していない場合として定められています。

※この減算は、適正なサービスの提供を確保するためのものであり、運営基準にかかる規定は遵守するものとされています。市町村は、この規定を遵守しない事業所に対しては指導を行い、特別な事情がなく指導に従わない場合は、指定の取消しを検討します。

1 基準にそった適切なサービスの実施

◎事業者がサービスを実施するためには、各都道府県や市町村が条例で定めた基準（指定基準）を満たした旨の「指定」をうける必要があります。

◎指定は事業所を単位として、原則としてサービスの拠点ごとに行われます（出張所などは例外的に、一体的なサービス提供単位として、本体事業所に含めて指定をうけられます）。

◎各都道府県や市町村は、国が定める基準（厚生労働省令）をもとに、条例によって指定基準を定めます。

1 指定基準＝サービスの最低限の内容を規定

介護保険のサービスを提供する事業者は、サービスごとに定められた基準（指定基準）を満たしているものとして、都道府県または市町村から指定をうけていなければなりません（指定事業者）※1。

指定基準は、①スタッフの資格要件・配置数などについての人員基準、②サービスを提供する場所の広さなどについての設備基準、③サービスを実際にどのように提供するのかを定めた運営基準に分かれており、事業者はそのいずれをもクリアすることが必要です。

指定をうけていても、スタッフの要件を満たさなくなったり、サービス提供が不適切なものになったりすると、基準違反を問われ、指導などを通じて改善をもとめられます。改善できない場合、一定の手続きを経て指定が取り消されることがあります。

このように指定基準は、介護保険のサービスを実施し、その対価である介護報酬を得るために重要なポイントとなるものです※2。

●サービス種類と所在地により都道府県・市町村が指定

居宅サービスや介護予防サービスの事業者の指定は、都道府県が行いますが、事業所の所在地が指定都市・中核市の場合は、指定都市・中核市が行います。

地域密着型サービスや地域密着型介護予防サービス、居宅介護支援や介護予防支援の事業者の指定は、市町村が行います※3。

●業務管理体制の整備と届出

介護保険制度の公的性格から、事業者には適切なサービス提供だけでなく法令等の自主的な遵守がもとめられており、そのための業務管理体制の整備・届出が義務づけられています※4。

業務管理体制の整備内容は、事業者の規模（事業所数）により異なりますが、法令遵守責任者の選任は全ての事業者が必要です。このほか、規模に応じ、法令遵守マニュアルの整備や内部監査の実施が追加されます。

※1 指定には6年間の有効期限が定められているため、そのつど指定の更新が必要です。

※2 介護保険法では、「指定をしてはならない」「指定の効力を停止することができる」とする場合の中に、指定基準を満たさない場合が含まれています。

※3 居宅介護支援事業者の指定については、平成30年4月より指定権限が市町村へと移譲されています。なお、平成30年4月から1年を超えない期間内において条例を定められるまでの間は、都道府県の条例を市町村の条例で定めた基準とする経過措置が設けられています。

※4 届出先は事業実施地域等に応じて、厚生労働大臣（厚生労働省）・都道府県・市町村となっています。

2 国の基準と自治体が条例で定める基準

指定基準は、国（厚生労働省）が定める基準（厚生労働省令）をもとに、各都道府県や市町村が条例で定めます。国の基準と各地の条例による基準の関係は、項目ごとに、次のいずれかになっています。

①国の基準に条例が従うべき項目	条例の内容を直接的に拘束する必ず適合しなければならない基準であり、当該基準に従う範囲内で地域の実情に応じた内容を定める条例は許容されるものの、異なる内容を定めることは許されないもの
②国の基準を標準とすべき項目	法令の「標準」を通常よるべき基準としつつ、合理的な理由がある範囲内で、地域の実情に応じた「標準」と異なる内容を定めることが許容されるもの
③国の基準を参酌すべき項目	地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、異なる内容を定めることが許容されるもの

「従うべき基準」は、基本的に従業員やその員数にかかる基準（人員基準）や、居室などの床面積の基準（設備基準）などのほか、運営基準のうち利用者の人権に直結する項目（下記に例示）などでもうけられています。

内容および手続の説明と同意：あらかじめ利用申込者・家族に、運営規程の概要等サービス選択に関係する重要事項を文書で説明し、同意を得て、サービスの提供を開始する

提供拒否の禁止：正当な理由なく、サービスの提供を拒んではならない

身体的拘束等の禁止等：身体的拘束など利用者・入所者・入院患者の行動を制限する行為の禁止。身体的拘束の適正化を図る措置を講じる※

秘密保持等：従業員（であった者）は正当な理由なく、業務上知り得た利用者・家族の秘密を漏らしてはならない。サービス担当者会議等で利用者・家族の個人情報を用いる場合は同意をあらかじめ文書により得ておく

以降は、国で定める基準（省令）をもとに見ていきますが、これらの省令にはそれぞれ解釈を補う通知が発出されており、条例はこれらをもふまえて制定されています。

■健全で適正な運営の確保のための指導監督

介護保険制度の健全で適正な運営の確保を図るため、都道府県・市町村は、事業者に対して指導監督を行います。

指導は、利用者の自立支援と尊厳の保持を念頭に、制度管理の適正化とより良いケアの実現に向け、サービスの質の確保・向上を図るものです。制度の周知や介護報酬請求についての過誤・不正の防止のための「集団指導」や、事業所におもむ

いてサービス実施状況等のヒアリングを行う「実地指導」があります。実地指導においては、介護報酬の過誤調整などが行われることがあります。

監査は、指定基準違反等の確認が必要な場合に、事業所への立入検査などの方法で行われます。その結果によっては、勧告や命令あるいは指定の取消といった行政上の措置がとられるほか、不正利得の徴収が行われることがあります。

※具体的には、①対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し従業員に周知、②適正化のための指針を整備、③従業員に適正化のための研修を定期的に実施、④緊急やむを得ず行った場合は所定事項を記録します。

1 単位数表等の基本的なしくみ

◎介護報酬の根拠となる単位数表は厚生労働省告示で定められており、そのほか、解釈を補う通知や、別に定めるものなどを規定する関係告示、事務連絡によるQ＆Aなどがあります。

◎介護報酬の算定に関連する体制などについては、都道府県・市町村に対して事前に届出を行います。また、要件を満たさなくなった場合も、すみやかに届出を行います。

1 厚生労働省告示による「単位数表」が介護報酬のおおもとを規定

介護保険のサービスにかかる費用は、介護保険法において、次のような事項を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定する、とされています。

訪問通所サービス 居宅療養管理指導	サービスの種類ごとに、サービスの内容・事業所の地域等にもとづく平均的な費用により※1
その他の在宅サービス（短期入所等）	サービスの種類ごとに、要介護（支援）状態区分・事業所の地域等にもとづく平均的な費用により※1
居宅介護支援 介護予防支援	事業所の地域等にもとづく平均的な費用により

この規定により、厚生労働省告示で定められている基準が、「介護給付費単位数表」です。

「単位数表」では、指定基準（省令）同様、解釈を補う通知（留意事項通知）が厚生労働省から発出されています※2。

◆単位数表と留意事項通知（告示・通知）

対象サービス	単位数表（告示）	単位数表（留意事項通知）
居宅サービス：訪問系・通所系サービス	●指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準	○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
居宅介護支援	●指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準	
居宅サービス：短期入所サービス（および特定施設入居者生活介護）	●指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準	○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
介護予防サービス	●指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準	○指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
介護予防支援	●指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準	
地域密着型サービス	●指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準	○指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
地域密着型介護予防サービス	●指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準	

※このほか、介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）においても、それぞれ告示が定められています（通知は短期入所サービスなど同一）。

2 「単位数表」の基本的な構成

単位数表は基本的に、各サービスごとにイ・ロ・ハ……のように規定される基本部分と、基本部分に付随して注1・注2・注3……のように規定される注部分によって構成されています。

これを、訪問介護の例で見えていくと、基本部分では「イ 身体介護中心である場合」「ロ 生活援助が中心である場合」「ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合」のように分けされており、それぞれ細目ごとに単位数が設定されています。

これに対して「注」では、たとえば注1では「現に要した時間ではなく、訪問介護計画に位置づけられた訪問介護の時間で単位数を算定する」と規定されているなど、基本部分への注記が行われています※1。

一方通知では、「（一定の場合を除き）前回提供した訪問介護からおおむね2時間未満の間隔で行われた場合には、所要時間を合算する」など細かい規定がされています※2。

※1 このほか、注では加算・減算などの規定も設定されています。

※2 このほか、単位数表では基本部分でも「ニ 初回加算」などが設定されており、基本的にこれらにも独自の注や通知の規定が付されています。なお、これら単位数表の規定のうち、基本単位や加算減算など、単位数に係る部分を視覚的に図式化したものが算定構造であり、本書でもいくつか掲載しています（P116～等）。

◆単位数表の構成例（告示・通知：訪問介護より一部例示・略記）

単位数表		留意事項通知
基本部分	注	
イ 身体介護が中心である場合 (1) 所要時間20分未満の場合 165単位 (2) 所要時間20分以上30分未満の場合 248単位 (3) 所要時間30分以上1時間未満の場合 394単位 (4) 所要時間1時間以上の場合 575単位に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに83単位を加算した単位数	注1 現に要した時間ではなく、訪問介護計画に位置づけられた訪問介護の時間で単位数を算定する。 注2 イは身体介護が中心である訪問介護を行った場合に算定し、所要時間が20分未満の場合は、イ(1)（所要時間が20分未満の場合）の所定単位数を算定する。 注7 イ・ロについて、別に厚生労働大臣が定める要件を満たす場合で、同時に2人の訪問介護員等が1人の利用者に対して行った場合は、所定単位数の100分の200を算定する。	(2)訪問介護の内容が単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い若干の身体介護または生活援助を行う場合には算定できない。 (4)④（20分未満の身体介護中心型で頻回の訪問を行うことができる場合などを除き）前回提供した訪問介護からおおむね2時間未満の間隔で行われた場合には、所要時間を合算する。 (11)単に安全確保のために深夜の時間帯に2人の訪問介護員等によるサービス提供を行った場合は、利用者側の希望により同意を得て行った場合を除き、所定単位数の100分の200に相当する単位数は算定されない。
ロ 生活援助が中心である場合 (1) 所要時間20分以上45分未満の場合 181単位 (2) 所要時間45分以上の場合 223単位	：	：
ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合 98単位	：	：
ニ 初回加算 200単位	注 新規に訪問介護計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が初回もしくは初回に行った日の属する月に訪問介護を行った場合などに1月につき加算する。	(20)①本加算は、利用者が過去2月間（暦月）に、当該指定訪問介護事業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合に算定されるものである。

※上記は例示のため、単位数表・通知の内容のうちごく一部を取り上げ略記したものです。また、通知の順番は、例示した単位数表の流れにそって並べています。

◆介護報酬の算定構造（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

基本部分			注	注
			准看護師によりサービス提供が行われる場合	通所サービス利用時の調整（1日につき）
イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ） （1月につき）	(1)訪問看護サービスを行わない場合	要介護1（ 5,666単位）	×98/100	－62単位
		要介護2（10,114単位）		－111単位
		要介護3（16,793単位）		－184単位
		要介護4（21,242単位）		－233単位
		要介護5（25,690単位）		－281単位
	(2)訪問看護サービスを行う場合	要介護1（ 8,267単位）		－91単位
		要介護2（12,915単位）		－141単位
		要介護3（19,714単位）		－216単位
		要介護4（24,302単位）		－266単位
		要介護5（29,441単位）		－322単位
ロ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ） （1月につき）			要介護1（ 5,666単位） 要介護2（10,114単位） 要介護3（16,793単位） 要介護4（21,242単位） 要介護5（25,690単位）	－62単位 －111単位 －184単位 －233単位 －281単位
ハ 初期加算 （1日につき +30単位）				
ニ 退院時共同指導加算 一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所であって訪問看護サービスが必要な者のみ算定可能 （1回につき +600単位）				
ホ 総合マネジメント体制強化加算 （1月につき 1,000単位を加算）				
ヘ 生活機能向上連携加算	(1)生活機能向上連携加算（Ⅰ）	（1月につき +100単位）		
	(2)生活機能向上連携加算（Ⅱ）	（1月につき +200単位）		
ト サービス提供体制強化加算	(1)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	（1月につき +640単位）		
	(2)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	（1月につき +500単位）		
	(3)サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（1月につき +350単位）		
	(4)サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	（1月につき +350単位）		
チ 介護職員処遇改善加算	(1)介護職員処遇改善加算（Ⅰ） （1月につき +所定単位×137/1000）		注 所定単位は、イからトまでにより算定した単位数の合計	
	(2)介護職員処遇改善加算（Ⅱ） （1月につき +所定単位×100/1000）			
	(3)介護職員処遇改善加算（Ⅲ） （1月につき +所定単位×55/1000）			
	(4)介護職員処遇改善加算（Ⅳ） （1月につき +(3)の90/100）			
	(5)介護職員処遇改善加算（Ⅴ） （1月につき +(3)の80/100）			

〔右ページに続く〕

：「事業所と同一建物の利用者にサービスを行う場合」、「特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「緊急時訪問看護加算」、「特別管理加算」、「ターミナルケア加算」、「総合マネジメント体制強化加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員処遇改善加算」については、支給限度額管理の対象外の算定項目

市町村独自報酬（加算）（→P128参照）50単位／月～500単位／月、50単位刻み

注	注	注	注	注	注	注
事業所と同一建物の利用者にサービスを行う場合	特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	緊急時訪問看護加算	特別管理加算	ターミナルケア加算
事業所と同一建物の利用者にサービスを行う場合 1月につき－600単位						
事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 1月につき－900単位	+15/100	+10/100	+5/100	1月につき+315単位	1月につき（Ⅰ）の場合+500単位又は（Ⅱ）の場合+250単位	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合+2,000単位

■算定構造の中で網かけの枠・カラーの文字は、平成30年度に改正が行われた部分です。

◆介護報酬の算定構造（夜間対応型訪問介護）

基本部分		注	注
		24時間通報対応加算	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合
イ 夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）	基本夜間対応型訪問介護費（1月につき 1,009単位）	1月につき610単位	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合×90/100 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合×85/100
	定期巡回サービス費（1回につき 378単位）		
	随時訪問サービス費（Ⅰ）（1回につき 576単位）		
	随時訪問サービス費（Ⅱ）（1回につき 775単位）		
ロ 夜間対応型訪問介護費（Ⅱ）（1月につき 2,742単位）			
ハ サービス提供体制強化加算	(1)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ（1回につき 18単位を加算）		
	(2)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ（1回につき 12単位を加算）		
	(3)サービス提供体制強化加算（Ⅱ）イ（1月につき 126単位を加算）		
	(4)サービス提供体制強化加算（Ⅱ）ロ（1月につき 84単位を加算）		
ニ 介護職員処遇改善加算	(1)介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（1月につき +所定単位×137/1000）	注 所定単位は、イからハまでにより算定した単位数の合計	
	(2)介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（1月につき +所定単位×100/1000）		
	(3)介護職員処遇改善加算（Ⅲ）（1月につき +所定単位×55/1000）		
	(4)介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（1月につき +(3)の90/100）		
	(5)介護職員処遇改善加算（Ⅴ）（1月につき +(3)の80/100）		

：「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

市町村独自報酬（加算）（→P128参照）50単位／月～300単位／月、50単位刻み

■算定構造の中で網かけの枠・カラーの文字は、平成30年度に改正が行われた部分です。

4 介護報酬の請求と支払

- ◎介護報酬（保険給付分）の請求は、事業所の所在地の国保連合会に、伝送または光ディスク等の提出により行います。ただし、一部の事業所では、帳票（紙）による請求も可能です（P16参照）。
- ◎国保連合会では、送付されてきた介護給付費請求書と介護給付費明細書を点検・審査の上、サービス提供月の翌々月末に介護報酬を支払います（返戻や査定が行われることもあります）。

1 月ごとに請求書・明細書を国保連合会に送付

介護報酬（保険給付分）と、短期入所サービスにおける低所得者の食費・滞在費の負担軽減分（補足給付→P56～参照）の請求は、サービス提供月ごとに、①介護給付費請求書、②介護給付費明細書を国保連合会に送ることで行います※。

※請求についての基本的な事項については、P16参照。

①介護給付費請求書	その事業所の1か月分の請求合計額を内容とします。複数市町村（保険者）の利用者がある場合、複数種類のサービス指定をうけている場合でも、1事業所単位で1枚です。
②介護給付費明細書	1利用者単位の内訳で、サービス種類等に応じて様式（内容）が定められています（P196参照）。

■公費の請求が必要な場合

要介護者・要支援者が、特定疾患治療研究事業など、「保険優先公費」（一覧はP193参照）の受給者証をあわせて持っている場合があります。介護保険のサービスの中には、同時にこの公費の制度の対象になるものがあり（サービスの特定の部分に限定して公費対象となるケースもあります）、この場合の取扱いはおおよそ以下のようになっています。

- (1)サービス費用の9割（一定以上所得者は8割、平成30年8月以降現役並み所得者は7割）は介護保険から給付され、残りの1割（2割または3割）の範囲で、公費負担が行われます。その結果、利用者は通常より低い負担、あるいは負担なしで、サービスをうけられます。
- (2)事業者は、受給者証に記載された額を限度に、利用者から利用料をうけ取ります。
- (3)事業者は、介護保険給付分と公費負担分をあわせて、国保連合会に請求します。

●生活保護の介護扶助

生活保護の対象となる利用者には、生活保護法の介護扶助が行われます。介護扶助は、別に生活保護法の指定をうけた事業所により、現物給付で行われます（本人負担額が設定される場合もあります）。

介護扶助の請求も、介護保険の請求書等により国保連合会に行います。

なお、介護保険の被保険者である場合は、介護保険からサービス費用の保険給付分が給付され、残りの自己負担分の範囲で生活保護の対象となりますが、介護保険の被保険者でない人が介護扶助の対象となる場合では、（本人負担額を除いた）費用の全体が生活保護の対象です。ただし、他の「保険優先公費」が適用される場合は、その適用後になお残る負担額が介護扶助の対象です。

2 国保連合会の点検・審査で返戻・査定の場合も

介護報酬の請求をうけた国保連合会では、①利用者の資格、②事業所・施設についての記載事項、③請求書等の記載方法等について点検を行います。たとえば、おもに次のような不備がある場合には返戻^{へんれい}（差し戻し）の扱いとなります。

(1)1人の利用者の明細書が、同一サービス提供月で重複している
(2)利用者が要介護者等に該当していない
(3)給付管理票への位置づけが必要な在宅サービスについて、給付管理票に位置づけられていない（もしくは提出されていない※1）

また、請求が適正と認められないときは、査定（減単位）が行われます。たとえば、次のような場合に、査定されることがあります。

(1)在宅サービスの明細書と給付管理票の突合により、サービス種類ごとの請求が給付管理票の計画単位数を超えていた
(2)介護給付費等審査委員会（各都道府県の国保連合会に設置され、①サービス担当者代表委員、②市町村代表委員、③公益代表委員により組織）の審査により、介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院での医療サービス（特定診療費等）の請求が適正でない

なお、返戻された請求書等については、事業所・施設で内容を確認し、誤りがあった場合には修正して再請求を行います。疑義のある査定については、たとえば次のように取り扱います※2。

(1)給付管理票との不一致が理由の場合には、居宅介護支援事業者等に修正した給付管理票を国保連合会に提出するように依頼
(2)特定診療費などの医療行為の査定は、再審査を申し立てることが可能

※1 給付管理票の未提出による返戻扱いについては、国保連合会での判断により、一定期間保留扱いされることもあります。

※2 返戻・査定の理由が、市町村が国保連合会に提出した受給者台帳にある場合には、市町村に台帳の修正を依頼します（過誤申し立ての依頼）。また、審査決定済みの請求の取り下げは、市町村に対する過誤申し立ての依頼により行います。

◆明細書が返戻・査定となる事例

点検項目	点検内容	誤り
サービス提供年月	●サービス提供年月の設定があるか ●月遅れ分である場合は、請求権の時効前か	返戻
事業所等	●事業者台帳と照合して、事業所番号が有効か	返戻
請求先	●保険者台帳と照合して、提供月に有効な保険者番号か	返戻
受給者	●受給者台帳と照合し、サービス月に受給資格があるか（有効期間等） ●保険料滞納による給付制限をうけていないか	返戻
請求内容（明細）	●介護給付費単位数表と照合し、サービス内容にあったコード・単位か	返戻
居宅サービス	●代理受領の要件を満たしているか	返戻
介護保険施設	●特定入所者介護サービス費の請求が適正か ●介護老人保健施設、介護療養型医療施設および介護医療院での医療サービス（緊急時施設療養費、緊急時施設診療費、所定疾患施設療養費、特定診療費、特別療養費または特別診療費）の請求が適正か（短期入所療養介護についても同じ）	返戻／ 査定
給付管理票との突合（支給限度基準額が設定されているサービス）	●明細書と同一月・同一受給者の給付管理票が存在するか ●明細書と同一月・同一事業所のサービス種類が存在するか ●明細書のサービス種類ごとの合計請求単位数が、給付管理票の計画単位数以下か	返戻 査定

4 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスの費用等

- ◎改正前の介護予防訪問介護や介護予防通所介護に相当するサービスの単価は、市町村が予防給付の単価を上限として、個別のサービス単価を定めます。それ以外の指定事業者によるサービスの単価は、内容や時間、基準等をふまえ、国が定める額を上限として設定します。
- ◎従来の予防給付に相当するサービスの利用者負担については、保険給付の利用者負担割合等を勘案し、市町村が定めますが、その下限は保険給付の利用者負担割合とします。
- ◎指定事業者によるサービスの場合は、①利用者ごとの②利用状況に応じて支払われる費用の支払決定に係る審査及び支払のみ国保連合会の審査支払を活用できます(給付管理票の作成が必要)。

1 サービス単価・利用者負担

市町村は、総合事業を実施するに際しては、単価や利用者負担を設定します。国はガイドラインにより表のような考え方を示しています。

◆サービス事業の単価の設定

区分		単価の設定方法
従前の介護予防訪問介護・介護予防通所介護に相当するサービス		○要支援者等が個別のサービスをうけその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）により、事業を実施する ○第1号事業支給費の額（サービス単価）については、厚生労働省令により、市町村において、国が定める額（予防給付の単価＝「単位数」で規定）を上限として、個別の額（サービス単価）を定める ○市町村は、サービス単価を設定するにあたって、訪問介護員等による専門的サービスであること、設定する人員基準、運営基準等の内容等を勘案し、地域の実情に応じつつ、国が定める額（予防給付と同じ額）を上限としつつ、ふさわしい単価を定めることが望ましい ○単価は、月当たりの包括単価とする場合のほか、利用1回ごとの出来高で定めることができる（月の合計額が包括単価以下となるようにする） ○加算については、地域の実情に応じて、市町村が定めることが可能であるが、総合事業の効率的な実施の観点から、市町村は、加算を定めた結果、国が定める単価の上限額を超過することがないようにする。ただし、国が定めている加算については、その範囲において単価の上限額を超過することができる ○限度額管理外とする加算については、国において定められている加算（中山間地域の小規模事業所に対する加算や特別地域加算等）のみ、その範囲内で定めることができる
緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）：指定事業者によるサービス提供		○要支援者等が個別のサービスをうけその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）により、事業を実施する ○第1号事業支給費の額（サービス単価）については厚生労働省令により、市町村において、国が定める額（予防給付の単価）を下回る額を個別の額（サービス単価）として定めることと規定→市町村は、サービス内容や時間、基準等を踏まえ定める ○単価は、月当たりの包括単価、利用1回ごとの出来高のいずれも可能
その他の訪問型サービス・通所型サービス	委託	○委託の場合の単価については、必ずしも市町村において要支援者個々人に対する個別のサービス単価を設定するものではないことが多いと考えられるため、指定事業者の場合に国が定める上限単価と厳密に比較することになじまないが、事業の実施にあたって、市町村は、利用者1人当たりに要する費用が国の上限単価を上回らないよう事業を計画して実施する（参加者が予定より少なかった等により、結果的に利用者1人当たりに要する費用が国の上限単価を上回することは生じうる） ○ただし、保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスについては、医療・保健の専門職が関与するものであることから、この限りではない※ ※ただし、そのような保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスは、事業の効果的かつ効率的な実施という観点から、3～6か月等の期間を限定して実施されるべきものである
	補助	○支援の内容に応じ、市町村が適切な補助単価の設定を行う
その他の生活支援サービス		○単価は、サービス内容等に応じて、市町村が定める ○補助（助成）の方式により事業実施するものについては、支援の内容に応じ、市町村が適切な補助単価を設定する

●国が定める額を上限として単価を設定

改正前の介護予防訪問介護や介護予防通所介護に相当するサービスの単価は、市町村において、国が定める額（予防給付の単価）を上限として、個別の額（サービス単価）を定めます※1。それ以外の指定事業者によるサービスの単価は、市町村が、その内容や時間、基準等をふまえ、国が定める額を上限として設定します※2。

●利用者負担も市町村で設定

総合事業移行後のサービスは、多様化したものとなりますので、訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービスの利用者負担については、市町村が、サービス内容や時間、基準等をふまえつつ定めます。住民主体の支援等、事業への補助の形式で実施されるものは、自主的に実施されるものであることから、その支援の提供主体が定めることも考えられます。

●従来の予防給付相当サービスは介護給付の負担割合が下限

従来の予防給付に相当するサービスについては、介護給付の利用者負担割合（原則1割、一定以上所得者は2割または3割※3。介護予防支援は利用者負担なし）等を勘案し、市町村が定めますが、その下限は給付の利用者負担割合とします。

●高額な負担の場合や低所得者への配慮

指定事業者により提供されるサービスについては、予防給付と同様、高額介護サービス費相当の事業の対象となります。それ以外のサービスについては、利用料の設定に際して、適宜低所得者の配慮を行うことが適当とされています。生活保護の介護扶助については、総合事業の利用者負担に対しても行われ、各種軽減制度(事業)※4についても、予防給付と同様、対象となります。

※1 市町村は、訪問介護員等による専門的サービスであることや、サービス基準等を勘案し、ふさわしい単価を定めます(P226～参照)。
※2 指定事業者によるサービスについては、予防給付における支給限度額を勘案しつつ、国保連合会を活用しながら、管理を実施することとされています。

※3 負担割合3割については、平成30年8月から施行。
※4 ここでいう軽減制度とは、①障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業、②社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスにかかる利用者負担軽減制度、③離島等地域における特別地域加算にかかる利用者負担額軽減措置事業、④中山間地域等の地域における加算にかかる利用者負担額軽減措置事業を指します。

■1 単位の単価の設定

従来からの介護給付・予防給付では、1単位10円を基本としつつ、事業所の所在する市町村の地域区分や各サービスの人件費割合に応じて、各サービスごとに、10円から11.40円（平成30年度現在）までの間で、単価が定められています。

●予防給付相当サービスの場合

総合事業については、訪問型サービスについては、介護給付の訪問介護の単価を、通所型サービスについては介護給付の通所介護の単価を、それぞれ市町村が設定します。

●予防給付相当サービス以外の場合

ただし、従来の介護予防訪問介護や介護予防通所介護に相当するサービス以外の、訪問型サービス・通所型サービスについては、市町村の判断により、10円の単価を用いることもできます。

一方、その他の生活支援サービスについては、市町村が、そのサービスの内容に応じて設定することができます。たとえば、3級地の市町村であれば、3級地に適用される1単位の単価のいずれかを選択することができます。